

EXHIBIT A Spanish



Martin County Hospital District
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Fecha de vigencia: 14 de mayo de 2024

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO MÉDICO INFORMACIÓN ACERCA DE USTED
PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y
¿CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, póngase en contacto con el oficial de privacidad.

Angela Newton
600 Interstate 20 East
Stanton, Texas 79782

QUE SEGUIRÁN ESTE AVISO.

Este aviso describe las prácticas de **Martin County Hospital District** y de:

- ☐ Cualquier profesional médico autorizado para entrar información en su expediente médico
- ☐ Todos los departamentos y unidades de **Martin County Hospital District**.
- ☐ Permitimos que cualquier miembro de un grupo de voluntarios lo ayude mientras sea paciente de **Martin County Hospital District**.
- ☐ Todos los empleados, personal y otro personal de **Martin County Hospital District**.

**NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A INFORMACIÓN
MÉDICA:**

Entendemos que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger información médica acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe de **Martin County Hospital District**. Necesitamos este registro para proporcionarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por **Martin County Hospital District**, ya sea hecha por **Martin County District Hospital** u otro proveedor que has sido referido a. Otros médicos que usted puede ver en el curso de su tratamiento pueden tener diferentes políticas o avisos sobre la utilización y divulgación de su información médica creada en el consultorio del doctor o una clínica del doctor.

Este aviso le dirá sobre las maneras en que podemos usar y revelar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos sobre el uso y divulgación de información médica.

Martin County Hospital District está obligado por ley a:

- ☐ Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantiene privada;
- ☐ Dar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted;
- ☐ Cumplir con los términos de la notificación que está actualmente en efecto; y
- ☐ Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada; y
- ☐ Atender las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Las siguientes categorías describen diferentes maneras que utilizamos y divulgar su información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que significa y tratar de dar algunos ejemplos. No cada uso o revelación en una categoría será listado. Sin embargo, todas las formas que nos permite usar y revelar información caerá dentro de una de las categorías. Martin County Hospital District

crea registros médicos electrónicos y puede recibir los registros médicos electrónicos y cualquier registros médicos electrónicos de ti están sujetos a ser divulgada para los fines establecidos por debajo.

□ **Para el tratamiento.** Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento médico o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participan en el cuidado de usted. Por ejemplo, un doctor tratando por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retardar el proceso de curación. Además, el doctor puede necesitar decirle al dietista si usted tiene diabetes para que podemos organizar comidas apropiadas. Diferentes departamentos del hospital también pueden compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que usted necesita, tales como recetas, trabajo de laboratorio y rayos x. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas fuera del hospital, que pueden estar involucrados en su atención médica después de salir del hospital, como los médicos u otros proveedores de salud que forman parte de su atención.

□ **De pago.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que los tratamientos y servicios que reciba en **Martin County Hospital District** pueden facturarse a y pago puede recopilarse de ti, una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, quizá necesitemos darle a su médico información sobre el tratamiento que recibió en el **Distrito de Hospital del Condado de Martin** para que su plan de salud se nos paga o reembolsarle el cuidado. También diremos a su plan de salud acerca de un tratamiento o servicio que van a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

□ **Para operaciones de cuidado de la salud.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de **Martin County Hospital District** . Estos usos y divulgaciones son necesarias para ejecutar **Martin County Hospital District** y asegúrese de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, nosotros podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar información médica de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales deben ofrecer el **Martin County Hospital District** , qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de **Martin County Hospital District** para su revisión y propósitos de aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros proveedores de salud para comparar cómo estamos haciendo y ver donde podemos hacer mejoras en la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que le identifique de este conjunto de información médica para otros pueden usarlo para estudiar entrega atención de salud y cuidada de la salud sin que los pacientes específicos de aprendizaje.

□ **Recordatorios.** Podemos utilizar y divulgar información médica para contactarle como un recordatorio que usted tiene una cita para recibir atención médica.

□ **Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar su información médica para decirle sobre o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de interés para usted.

□ **Servicios y beneficios relacionados con la salud.** Nos puede usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan ser de interés para usted.

□ **Las actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar información médica sobre usted para contactarle en un esfuerzo para recaudar fondos para sus operaciones y **Martin County Hospital District** . Podemos divulgar información médica a una Fundación relacionada al **Martin County Hospital District** para que la Fundación podría comunicarse con **usted** en recaudar fondos para **Martin County Hospital District**. Nosotros sólo liberaría información de contacto; como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas que usted recibió tratamiento o servicios en **Martin County Hospital District**. **Usted tiene el derecho de optar por no recibir dichas comunicaciones.** Si no desea que el **Martin County Hospital District** contactarte para recaudación de fondos, debe notificar al oficial de privacidad por escrito.

☐ **Individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención.** Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado médico. Nosotros también podemos darle información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad de asistencia en un esfuerzo de alivio de desastre para que su familia puede ser notificada acerca de su condición, estado y ubicación.

☐ **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento a aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes para la privacidad de su información médica. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación de la investigación, pero podemos, sin embargo, revelar información médica sobre usted a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica revisan no deja el **Martin County Hospital District**. Casi siempre pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a tu nombre, dirección u otra información que revela quién eres, o estarán involucrados en su cuidado con **Martin County Hospital District**.

☐ **Como requerido por ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.

☐ **Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solamente sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

☐ **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan el trasplante del órgano adquisiciones u órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órgano o tejido y trasplante de.

☐ **Compensación.** Podemos divulgar información médica sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por enfermedad o accidentes de trabajo.

☐ **Actividades de salud pública.** Nos puede revelar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- Informe nacimientos y muertes;
- Para reportar abuso infantil o negligencia;
- A las reacciones de informe a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a las personas de retiradas de productos que puedan estar usando;
- Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorizadas por la ley
- Para notificar a una escuela con respecto a la prueba de vacunación para un estudiante o futuros si se da el permiso adecuado.

☐ **Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para el

gobierno controlar el sistema de salud, programas de gobierno y cumplimiento de las leyes derechos civiles.

☐ **Juicios y otros procedimientos judiciales.** Si sus registros médicos son necesarios para una demanda u otro procedimiento legal, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por alguien más involucrado en el proceso, pero sólo si los esfuerzos han sido hechos para decirle acerca de la petición o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

☐ **Law Enforcement.** Nos revelar información médica si te pidiera por un oficial de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida;
- Respecto a la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, somos capaces de obtener un acuerdo de la persona;
- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal;
- Sobre conducta criminal en **Martin County Hospital District**;y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

☐ **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica acerca de pacientes de **MARTIN COUNTY HOSPITAL DISTRICT** a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus deberes.

☐ **Las actividades de inteligencia y seguridad nacional.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorización por la ley.

☐ **Servicios de protección para el Presidente y otros.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que pueden proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o conducir investigaciones especiales.

☐ **Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional u oficial de la ley. Esta versión sería necesaria (1) de la institución para proporcionarle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que mantenemos sobre usted:

☐ **Derecho a inspeccionar y copiar.** Te tienen el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su cuidado, incluyendo en algunos casos, los registros médicos electrónicos. Generalmente, esto incluye médicos y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrar una cuota por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su petición.

Podemos negarle su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revisen la negación. Otra licencia salud profesional elegida por **Martin County Hospital District** revisará su solicitud y el negación. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su petición. Nos conformaremos con el resultado de la revisión.

☐ **Derecho a enmendar.** Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información se mantiene por o para el **Martin County Hospital District**.

Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y enviado al oficial de privacidad. Además, debe proporcionar una razón que apoye su petición.

Podemos negarle su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negarle su petición si usted nos pide que enmendemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información médica que mantuvo por o para el distrito de Hospital del Condado de Martin;
- No es parte de la información que sería permitido inspeccionar y copiar; o
- Es exacta y completa.

☐ **Derecho a una contabilidad de accesos.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones de información médica sobre usted.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad. Su petición debe indicar un período de tiempo, que no puede tener más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en el papel, electrónicamente). La primera lista que usted pide dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cargarle los costos de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos de los costos involucrados y usted puede optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de que se incurra en ningún costo.

☐ **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite sobre la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos o divulguemos información acerca del cuidado que tenía.

Estamos no obligados a aceptar su petición, a menos que usted nos está pidiendo que restrinjan el uso y divulgación de su información médica protegida a un plan de salud con fines de operación pago o cuidado de la salud y desea restringir dicha información no es requerida por la ley para ser revelada y se refiere únicamente a un cuidado de la salud artículo o servicio que usted ha pagado nos "desembolso" en completo. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted debe hacer su petición por escrito al oficial de privacidad. En su petición, debe decirnos (1) Qué información desea limitar; (2) Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere los límites para aplicar, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

☐ **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros sólo contactemos en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición por escrito al oficial de privacidad. No le pediremos el motivo de su solicitud. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

☐ **Derecho a una copia impresa de esta notificación.** Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Puede solicitarnos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha accedido a recibir esta notificación electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia impresa de esta notificación.

Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web martincountyhospital.org.

Para obtener una copia impresa de esta notificación, Martin County Hospital District, Attn: Privacy Officer, P.O. Box 640, Stanton, Texas 79782.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado eficaz para la información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre en la recepción para tratamiento o servicios de atención médica como paciente interno o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso actual en vigor.

RECLAMACIONES:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el **Martin County Hospital District** o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para saber cómo presentar una queja con el **Martin County Hospital District**, usted puede contactar al oficial de privacidad al (432) 607-3609. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No ser penalizado o represalias contra para archivar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Los siguientes usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizará solamente con su autorización por escrito:

- ☐ cualquier uso o divulgación de notas de psicoterapia, excepto:
 - para llevar a cabo el siguiente tratamiento, pago u operaciones de atención médica:
 - uso por el creador de las notas de psicoterapia para el tratamiento;
 - uso o la divulgación por la entidad cubierta para sus propios programas de entrenamiento en el que estudiantes, pasantes o practicantes en salud mental aprenden bajo supervisión para practicar o mejoran sus habilidades en grupo, conjunto, familia o consejería individual; o
 - el uso o la divulgación por la entidad cubierta para defenderse en una acción legal u otro procedimiento traído por el individuo; y
 - otros usos específicos o divulgaciones requieren o autorización por la ley como se describe a continuación.
- ☐ usos y divulgaciones de información médica protegida para comercialización, excepto si la comunicación es en forma de:
 - una comunicación cara a cara hecha por una entidad cubierta a un individuo; o
 - un regalo promocional de valor nominal proporcionado por la entidad cubierta.
- ☐ divulgaciones que constituyen una venta de su información médica protegida
- ☐ Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizará sólo con su permiso por escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, que será ya no usamos o divulguemos información médica acerca de usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted entiende que somos incapaces de recuperar ninguna divulgación que ya hemos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que brindamos a usted.
